



Revus

Journal for Constitutional Theory and Philosophy of
Law / Revija za ustavno teorijo in filozofijo prava

10 | 2009

Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje

Prof. dr. Andrej Marušič: Za duševno zdravje jutri in dan zatem

Andrej Marušič: For Mental Health of Tomorrow and a Day After

Sanja Temnik



Electronic version

URL: <http://journals.openedition.org/revus/1041>

DOI: 10.4000/revus.1041

ISSN: 1855-7112

Publisher

Klub Revus

Printed version

Date of publication: 1 septembre 2009

Number of pages: 67-75

ISSN: 1581-7652

Electronic reference

Sanja Temnik, « Prof. dr. Andrej Marušič: Za duševno zdravje jutri in dan zatem », *Revus* [Spletna izdaja], 10 | 2009, Datum spletne objave: 13 janvier 2012, ogled: 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revus/1041> ; DOI : 10.4000/revus.1041

All rights reserved



prof. dr. ANDREJ MARUŠIČ

Prof. dr. Andrej Marušič, psihiater in psiholog, je s svojim predanim in edinstvenim delom pomembno prispeval k napredku na področju javne zdravstvene politike duševnega zdravja doma in v svetu.

Andrej Marušič je po končani gimnaziji v Kopru, svojem rodnem mestu, v Ljubljani doštudiral medicino in psihologijo. Podiplomsko se je izobraževal v Angliji, kjer je tudi doktoriral. Kot docent je nekaj let predaval na londonskem King's Collegeu in kot psihiater delal na Maudsleyjevi bolnišnici v Londonu. Od leta 2000 je bil nacionalni koordinator za področje duševnega zdravja pri Svetovni zdravstveni organizaciji. Njegov ožji raziskovalni interes je bila suicidologija, veda o proučevanju samomorov, v kateri se je kmalu svetovno uveljavil in prevzel vodilno funkcijo v eni od sekcij Mednarodnega združenja za preprečevanje samomora.

V tujini je bil študijsko in poklicno uspešen, a srce ga je vleklo nazaj v Slovenijo. Doma je želel spreminjati in spremeniti stvari na bolje. Leta 2002 se je vrnil in prevzel vodenje Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Inštitut je vodil v svojem slogu – motivirano, predano in srčno. Z očmi, ki so bile spredaj zato, da so gledale naprej, daleč naprej. Po koncu svojega mandata se je ponovno v celoti posvetil svojemu resničnemu poslanstvu, raziskovalnemu in kliničnemu delu, usmerjenemu v skrb za duševno zdravje posameznika in družbe. Na Univerzi na Primorskem je prevzel vodenje Oddelka za proučevanje zdravja, v okviru katerega je uspešno vodil in dokončal številne slovenske in evropske raziskovalne projekte s področja psihiatrije in javnega zdravja. Kot predavatelj in mentor je svoje znanje širokosrčno posredoval študentom na različnih domačih in tujih univerzah. Na Obali je ustanovil in vodil svoj lasten Zdravstveni zavod Celjenje.

Njegova bogata bibliografija zajema številne mednarodno indeksirane primarne članke s področja psihiatrije in sorodnih znanstvenih področij. Za svoje raziskovalno delo je prejel dve mednarodni nagradi. Vseskozi se je zavzemal za enakost med duševno motnjo in telesno boleznijo. Bil je eden najvplivnejših psihiatrov, ki si prizadevajo za destigmatizacijo duševnih motenj v Sloveniji.

Sanja Temnik, ur.

Andrej Marušič: Za duševno zdravje jutri in dan zatem

Sklop, zasnovan na podlagi sedmih avtorskih idej, predstavlja življenje in delo prof. dr. Andreja Marušiča, psihiatra in psihologa, ki je s svojim predanim angažmajem pomembno sooblikoval področje javnozdravstvene politike duševnega zdravja doma in v svetu. Ves čas svojega delovanja je posebno pozornost namenjal razvojnemu napredku suicidologije, saj ga je problematika samomorilnosti strokovno posebej zanimala. Zavzemal se je za celostno integracijo suicidologije kot vede, ki bi temeljila na splošno sprejeti in enopomenski nomenklaturi. Zakonsko ureditev področja duševnega zdravja je razumel kot na najvišjih ustavnopravnih, strokovnih in etičnih načelih temelječ sistem zaščite in pomoči uporabniku, torej osebi z duševno motnjo. Sklop se končuje z doslej še neobjavljenim avtorskim člankom na temo zdravja kot ene same celote, prepleta telesnega in duševnega.

Ključne besede: Andrej Marušič, javno zdravje, duševno zdravje, samomorilnost, zakonska ureditev duševnega zdravja

Izbor avtorskih ugotovitev in misli predstavlja vizijo in poglede Andreja Marušiča na suicidologijo in javno duševno zdravje 21. stoletja. Objavljamo ga v upanju in z željo, da bi bralce spodbudili k razmišljanju, kritični presoji ter udeležanju pozitivnih sprememb na ožjem ali širšem področju duševnega zdravja in z njim povezane zakonodaje. Za uvod v vsak vsebinski podsklop je uporabljen citat besedila ene izmed sedmih Andrejevih uglasbenih pesmi.

1. *Naj cvetijo nama iste rože:***ENA SAMA, INTEGRIRANA SUICIDOLOGIJA**

Andrej Marušič se je zavzemal za integracijo suicidologije kot vede. Da bi suicidologija v 21. stoletju zmogla doseči vse svoje zastavljene cilje, jo je treba integrirati v več pogledih:

- a) *biološko, psihološko in družbeno*, da bi lahko razumeli samomor v vsej njegovi kompleksnosti,
- b) *genetsko in okoljsko*, da bi lahko razumeli interakcijo med geni in okoljem v primeru samomora,
- c) *longitudinalno je treba spremljati samomorilno tveganje*, da bi lahko razumeli intrapersonalno samomorilno ogroženost v različnih obdobjih posameznikovega življenja,
- d) *v razvitem in razvijajočem se svetu*, da bi lahko promovirali kontinuirano in produktivno izmenjavo znanja med obema svetovoma,
- e) *med raziskovanjem in preprečevanjem samomora*, da bi lahko uspešno uporabili raziskovalne rezultate pri načrtovanju strategij za preprečevanje samomora po svetu,
- f) *med lokalnim in globalnim preprečevanjem samomora*, da bi lahko znižali globalne samomorilne količnike na podlagi večjega števila in izboljšane finančne podpore projektom čez celotno obdobje trajanja,
- g) *med ljudmi, ki imajo tako ali drugače opraviti s samomorom*: raziskovalci, delavci na terenu, načrtovalci in izvajalci javnozdravstvene politike, sorodniki in bližnjimi osebami ter osebami, ki so preživele poskus samomora, da bi lahko dosegli tako »racionalne« kot »čustvene« cilje, tj. denimo znižali državne samomorilne količnike ali pred samomorom obvarovali tiste, ki jih imamo radi.

2. *Ko silim vate, med vaju:***ENA SAMA, ENOTNA NOMENKLATURA**

Integracija suicidologije bi omogočila razvoj in vzpostavitev poenotene nomenklature na podlagi visoko kakovostnega raziskovalnega in praktičnega dela. Takšna nomenklatura bi lahko sočasno dosegla več ciljev: (I) predstavljala bi orodje učinkovite komunikacije med kliniki, (II) pomenila bi stabilno osnovo raziskovanja, (III) s stališča javnega duševnega zdravja pa bi omogočila (veljavno in zanesljivo) primerjavo regionalnih in nacionalnih statističnih podatkov, vezanih na samomorilnost, pred implementacijo preventivnih dejavnosti in po njej.

V skladu z Operativnimi kriteriji za opredelitev samomora (Operational Criteria for Determination of Suicide)¹ so glavni elementi, ki samomor ločijo od smrti zaradi naravnih vzrokov (*ne, ne, ni opredeljivo*), smrti zaradi poškodbe (*da, ne, ni opredeljivo*) in uboja (*da, da, s strani drugih*), naslednji:

- smrt kot rezultat poškodbe (*da*),
- gre za samopoškodbo (*da*) in
- namerna izvedba (s strani *sebe*).

Podobno Andrej Marušič predlaga, da bi se kot bistveni elementi, ki *izvršen samomor* ločujejo od drugih (ne nujno smrtnih) *vedenj*, ki so povezana s samomorom, in *smrti*, ki s samomorom *niso* povezane, pojmovali:

- namen: samouničevalnost (*da, ne*),
- vedenje: samouničevalni akt (*da, ne*) in
- rezultat: smrt (*da, ne*).

S tem bi bilo samomorilna in nesamomorilna stanja pri posamezniku mogoče sistematično diferencirati po ureditvi, ki jo predstavlja Tabela 1.

Tabela 1. *Nesamomorilna (2) in samomorilna (6) stanja pri posamezniku, opredeljena na podlagi treh komponent: namena, dejanja ter smrti kot končnega izida.*

	Namen	Dejanje	Rezultat: smrt
Nesamomorilno stanje	ne	ne	ne
Nesamomorilna smrt	ne	ne	da
Samopoškodovalno vedenje: klic na pomoč	ne	da	ne
Samopoškodovalno vedenje: smrtni izid	ne	da	da
Samomorilna ideacija	da	ne	ne
Samomorilni poskus	da	da	ne
Evtanazija	da	ne	da
Izvršeni samomor	da	da	da

1 Centres for Disease Control (CDC).

3. *Njih skrbijo le naše sanje:*

PREPREČEVANJE SAMOMOROV V 21. STOLETJU

Samomorilno tveganje lahko preprečujemo na več stopnjah posameznikovega duševnega stanja: (I) v primeru duševne stiske, (II) v primeru duševne motnje in (III) po poprejšnjem samomorilnem poskusu. Z dobrim nacionalnim programom duševnega zdravja lahko dosežemo učinkovito destigmatizacijo negativnega duševnega zdravja in izboljšamo asertivno promocijo pozitivnega duševnega zdravja. Potrebna je odzivna in dobro načrtovana mreža zdravstvene in družbene skrbi, ki je povezana s potencialnimi viri izboljšanja te skrbi, denimo s sfero vzgoje in izobraževanja ter z inovacijami, usmerjenimi v optimizacijo procesov ali dvig kakovosti storitev. Prav na vrhu pa je zakonodaja za področje duševnega zdravja, ki med drugim določa ustrezno ravnanje v primeru slehernega samomorilnega poskusa.



Slika 1. *Piramida izvajalcev preprečitve samomora v družbi.*

Med številnimi publikacijami Andreja Marušiča najdemo tudi izčrpen sistematični pregled strategij za preprečevanje samomora v svetu,² ki so ga v visoko priznani mednarodni reviji JAMA³ v skupnem avtorstvu objavila sama najbolj cenjena imena sodobne suicidologije. Strategije za preprečevanje samomora v splošnem sicer lahko razdelimo na *družbeno utemeljene strategije* (A) in na *strategije za visoko rizične skupine* (B).

Družbeno utemeljene preventivne strategije vključujejo:

- zmanjšanje dostopnosti do sredstev za samomor (orožje, plini, nevarna zdravila ali druge substance, ograjevanje železniških tirov in mostov in podobno),
- javno izobraževanje,
- politiko zaposlovanja in ukrepanja glede brezposelnosti,
- medijsko poročanje,
- posvečanje večje pozornosti drogami oziroma substancam, ki imajo učinek dezinhibicije,
- primarno preventivo.

Strategije za visoko rizične skupine pa temeljijo na:

- prepoznavanju in obravnavanju duševnih motenj ter samomorilnega tveganja,
- kriznih intervencijah,
- izboljšani dostopnosti do storitev za duševno zdravje,
- usposabljanju strokovnjakov za duševno zdravje,
- usposabljanju oseb, ki potencialno prihajajo v stik z osebami, ki trpijo za duševno motnjo,
- sekundarni preventivi.

Dobre strategije za prevencijo samomora po Andreju Marušiču odlikujejo:

1. *dostopnost* različnih možnosti upravljanja, pri čemer se lahko izbere najmanj restriktivna,
2. *vpletenost uporabnikov* (dobra ozaveščenost, možnost odločanja),
3. *spoštovanje uporabnikov* (brez diskriminacije ali pokroviteljstva),
4. *zaščita* (uporabnikov, izvajalcev storitev, strokovnjakov) brez predsodkov,

2 John Mann in drugi. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 16/2005, 2064–2074.

3 Journal of the American Medical Association.

5. *sodelovanje,*
6. *lokalnost* globalno utemeljene, celostne, integrirane, kontinuirane, fleksibilne in na človeka usmerjene skrbi za duševno zdravje,
7. *učinkovito zniževanje tako splošnih kot specifičnih samomorilnih količin.*

4. *Pojdi, pojdi z mano na hrib:*

ZAKONODAJA IN (ENO SAMO) ZDRAVJE

Dandanes smo že presegli navidezno dihotomijo med »duševnim« in »telesnim« in tako vse bolj osvajamo zavedanje o enem samem zdravju, ki je vselej preplet obeh razsežnosti človekovega delovanja. Šele na tej podlagi bi bila mogoča enakopravna obravnava telesnega in duševnega zdravja v klinični praksi, na vseh ravneh zdravstva, brez podcenjevanja duševnega zdravja na eni strani in brez podcenjevanja sovplivanja med telesnim in duševnim zdravjem na drugi strani.

Andrej Marušič je bil velik zagovornik t. i. »pacientu prijazne« zakonodaje o duševnem zdravju,⁴ ki naj upošteva oziroma vključuje:

1. aktivno sodelovanje uporabnika psihatričnih in drugih storitev na področju duševnega zdravja,
2. (osebno) učinkovitost zdravljenja,
3. široko izbiro metod zdravljenja,
4. enakopravnost, predvsem pa odsotnost diskriminacije,
5. lokalno delo, vključujoč enakomerno razporeditev majhnih bolnišnic,
6. varnost uporabnika, njegove ali njene družine oziroma bližnjih oseb ter zdravstvenih in drugih delavcev s področja duševnega zdravja,
7. avtonomnega in polno opolnomočenega uporabnika, kar predpostavlja ustrezno informiranost,
8. sodelovanje družine oziroma bližnjih oseb,
9. spoštovanje uporabnika (brez pokroviteljstva!),
10. izbiro najmanj restriktivne metode zdravljenja,
11. podporo razvoju zagovorništva,
12. nenehno preverjanje zmožnosti za informirano soglasje oziroma avtonomno odločanje.

⁴ Po Thronicroft in Szmukler, 2005.

5. *Strast razume že z dotikom:*

NOVI PRISTOPI K SKRBI ZA (DUŠEVNO) ZDRAVJE V 21. STOLETJU

Sodobna tehnologija odpira številna nova vrata tudi na področju skrbi za zdravje, in sicer tako pri promociji pozitivnega in preprečitvi negativnega zdravja kot pri optimizaciji zdravstvenih storitev in procesov zdravljenja. Tako imenovano *e-zdravje*, ki se nanaša na implementacijo internetne in drugih tehnologij v okvir zdravstvenih storitev, je deležno vse več pozornosti v strokovnih in širših družbenih krogih. Na področju duševnega zdravja lahko te tehnologije standardno zdravstveno oskrbo oseb z duševno motnjo izboljšajo na podlagi bolj učinkovitega spremljanja obolenih v procesu zdravljenja, njihovega opolnomočenja ter optimizacije materialnih in drugih virov. V slovenskem okolju je klinična študija Andreja Marušiča, *E-depresija*, prvi sistematični raziskovalni projekt na to temo. Gre za spremljanje oseb z depresivno motnjo ob pomoči spletnega portala,⁵ na katerem imajo oboleni med drugim dostop do izčrpnih informacij o svoji bolezni in možnost kontinuiranega stika s strokovnjakom za duševno zdravje.



Slika 2. Podstran spletnega portala z opisom projekta *E-depresija* v angleškem jeziku.

5 Ogled portala je možen na spletni strani: www.boljsezdravje.si.

6. *Dušo ranili so mi do krvi:***SAMOMORILNOST: VEČ (IN ŽE PREJ) KOT SAMOMOR**

R. Rolheiser (1998) je zapisal, da žrtev samomora umre, tako kakor žrtev telesne bolezni ali poškodbe, proti svoji volji. Ljudje lahko umrejo denimo za srčnim zastojem, kapjo, rakom, aidsom ali zaradi nezgod. Pri samomoru gre načeloma za enako smrt, le da pomeni ta nekakšen »čustveni srčni zastoj«, »čustveno kap«, »čustvenega raka«, »čustveni aids« ali »čustveno nezgodo«. Samomor kot sklepno dejanje človeškega življenja je torej v svojem bistvu povsem primerljiv z drugimi oblikami smrti.

Stopnje posameznikove samomorilnosti oziroma samomorilne ogroženosti v danem trenutku ni mogoče presojati zgolj na podlagi izvedbe suicidalnega dejanja ali končnega izida tega dejanja, tj. na podlagi tega, ali je posameznik umrl ali ne. Na prvi pogled se morda sliši paradokсно, a drži: poskus samomora lahko generira višja stopnja dejanske *samomorilnosti* kot pa izvršeni samomor. Suicidalnost lahko razumemo kot funkcijo posameznikovega samouničevalnega namena in dejanja, o katerih je bil govor že v 2. poglavju. Gre torej za dinamično vrednost. Namen pa je lahko zelo visok tudi, kadar ob dejanju posameznik ne umre.

Samomor ni le končno dejanje smrti, marveč tudi dalj časa trajajoč proces, ki poteka stopenjsko, od nespecifične negativne misli prek bolj poglobljenega suicidalnega razmišljanja do aktivnega udejanjanja samouničevalnih teženj in naraščajoče želje po smrti. Prej kot posameznika prepoznamo na hierarhični lestvici naraščajoče samomorilnosti, večje so možnosti za učinkovito interveniranje in preprečevanje samomorilnih dejanj.

Na tem mestu kaže omeniti vprašalnik za sistematično oceno posameznikovega samomorilnega tveganja, ki ga je Andrej Marušič razvil ob pomoči svojih sodelavcev. Gre za *Vprašalnik samomorilnih misli in vedenja*,⁶ ki identificira stopnjo samomorilnega procesa, na kateri posameznik v danem trenutku je. Zajema pet vprašanj, ki se nanašajo na suicidalno ideacijo: štiri vprašanja, ki zajemajo samomorilno vedenje; eno vprašanje se nanaša na posameznikovo željo po smrti; zadnji dve pa pokrivata informacije o samomorilnih poskusih in samomorih v posameznikovi družini. Vsaka raven upošteva tako nedavne *življenjske dogodke* (ti samomorilni proces lahko pospešijo ali ga upočasnijo) kot prisotne *ranljivosti* (te celotno posameznikovo samomorilnost vzdržujejo na nižji ali višji ravni). Faktorska analiza da tri faktorje: (I) ideacijo, (II) vedenje in (III) familiarnost, pri čemer želja po smrti korelira z vsakim izmed njih. Vprašalnik je mogoče uporabljati v raziskovalne ali klinične namene.

6 Vprašalnik obstaja tako v slovenskem kot v angleškem jeziku. Naziv angleške različice je *Suicide Ideation and Behavior Questionnaire (SIBQ)*.

STOPNJE SAMOMORILNEGA PROCESA	
Ž E L J A P O S M R T I	PASIVNE MISLI
	NESPECIFIČNE AKTIVNE MISLI
	AKTIVNE MISLI Z METODO, A BREZ NAMENA IN NAČRTA
	AKTIVNE MISLI Z NAMENOM, A BREZ NAČRTA
	AKTIVNE MISLI S SPECIFIČNIM NAMENOM IN NAČRTOM
	PRIPRAVLJALNO DEJANJE
	USTAVLJEN POSKUS SAMOMORA
	PREKINJEN POSKUS SAMOMORA
	DEJANSKI POSKUS SAMOMORA

Tabela 2. Stopnje samomorilnega procesa, ki jih pokriva Vprašalnik samomorilnih misli in vedenja.

7. Saturn gleda z neba:

NOVI ZNANSTVENORAZISKOVALNI PRISTOPI K (DUŠEVNEMU) ZDRAVJU

Andrej Marušič je med drugim načrtoval raziskovalni projekt⁷ na temo identifikacije dejavnikov, ki bi napovedovali samomorilni poskus v enem letu po predhodnem posameznikovem poskusu samomora. Pri tem bi šlo za razmeroma nov metodološki pristop, ki bi genetske in psihološke dejavnike samomorilnega tveganja povezal s sociodemografskimi podatki.

Nadalje je opozarjal na pogosto spregledane dejavnike samomorilne ogroženosti, ki so bili do danes deležni zelo malo raziskovalne pozornosti, denimo

⁷ Gre za raziskovalni projekt GENESuIS, katerega predlog je že sprejela Agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS). Projekt pa (za zdaj) ni bil izvajan.

(I) odnos med telesno in duševno dimenzijo bolečine, (II) individualno in ekološko merjena socialna deprivacija ter z njo povezan občutek manjvrednosti ter (III) zadovoljstvo z zakonskim stanom.

Vizija Andreja Marušiča za suicidologijo 21. stoletja vedi pripisuje naslednje značilnosti:

1. integriranost,
2. kontinuiranost,
3. globalnost,
4. lokalnost,
5. celosten značaj,
6. fleksibilnost,
7. orientiranost na človeka in njegovo dobrobit.

Zbrala, uredila in pripravila Sanja Temnik.